

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mars 1894, à 1 heure

Par OLIVIER LÉANDRE PEPIN

Né à Saint-Jean-de-Bœgni (Vendée), le 5 septembre 1860

DE LA CONTAGIOSITÉ
DE L'AMYGDALITE AIGUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
BRUN, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mars 1894, à 1 heure

Par OLIVIER LÉANDRE PEPIN

Né à Saint-Jean-de-Beugni (Vendée), le 5 septembre 1860

DE LA CONTAGIOSITÉ
DE L'AMYGDALITE AIGUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
BRUN, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des Hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur



DE LA CONTAGIOSITÉ

DE L'AMYGDALITE AIGUE

INTRODUCTION

I

La recherche de la contagion dans les maladies aiguës s'impose au médecin depuis que l'on a placé à leur origine la notion d'infection. Il n'est pas toujours facile dans les grandes villes, et surtout dans les milieux hospitaliers, de mener à bonne fin l'enquête sur le mode dont s'est réalisée une infection chez le malade que l'on observe.

Beaucoup plus faciles, beaucoup plus rigoureuses sont les investigations faites par le médecin de province qui connaît à fond le milieu dans lequel il

exerce et qui peut le plus souvent contrôler par lui-même les renseignements qu'on lui fournit.

Nous avons été tout particulièrement frappé, depuis que nous exerçons la médecine en Vendée, du caractère contagieux des inflammations aiguës de la gorge.

Epidémies de famille, épidémies d'école, nous ont permis de rechercher le mode et les conditions de la contagion.

C'est le résultat de nos observations que nous avons cru intéressant de choisir pour sujet de notre thèse inaugurale.





II

HISTORIQUE.

La notion de la contagion de l'amygdalite aiguë remonte fort loin ; mais vague, nullement précisée, elle restait au nombre de ces faits que leur peu de certitude relègue au second plan.

Si nous ouvrons les auteurs classiques, et nous ne remonterons pas au-delà de quelques années, nous voyons mentionnée plutôt qu'affirmée la possibilité de la contagion. Mais ce qui frappe surtout les auteurs, c'est le caractère épidémique que peut revêtir la maladie : « Plus que toute autre origine, écrit *Grisolle*, l'amygdalite règne épidémiquement ».

Mais on ne va guère au-delà : l'épidémicité s'explique d'ailleurs pour ces auteurs par des raisons tout à fait différentes de celles que l'on admet actuellement : constitution saisonnière, état de l'atmosphère, température, etc.

Le premier auteur qui ait signalé nettement l'ap-

parition épidémique de l'amygdalite est *Mangor* (1) (1772), qui a vu plusieurs fois survenir des séries d'angine tonsillaire au cours d'une épidémie d'oreillons.

En 1785, un autre auteur danois, *Néza*, observa à Elseneur une épidémie d'amygdalites qui dura un mois et demi et succéda à une épidémie de rougeole.

Vient ensuite (1790-1791) l'épidémie de la Ciotat. Tandis que sévissait chez les enfants une épidémie de scarlatine, on observa chez les adultes un grand nombre de cas d'amygdalite.

L'épidémie citée par tous est celle décrite par *Mayenc* (2) qui régna à Gordon, en 1818, et qui dura quatre à cinq mois. Cette épidémie atteignit également les deux sexes, et frappa plus particulièrement les sujets de 15 à 30 ans. Il s'agissait d'angines pulvacées, que l'auteur différencie avec soin des autres maladies aiguës à déterminations pharyngées. La maladie fébrile ou non débutait par la tuméfaction d'une amygdale, bientôt après l'amygdale du côté opposé était prise et la maladie se terminait du quatrième au sixième jour; dans un certain nombre de faits la maladie se termina par suppuration. Cette description que nous résumons en quelques lignes nous paraît caractéristique. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur le travail de Mayenc.

1. Mangor. Société royale de Copenhague, 1772.

2. Mayenc. *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, 1819, t. VI, p. 306.

On a observé d'autres épidémies, celles de Saint-Etienne, de Durham (1877). Dans l'épidémie de Durham (1885), l'origine infectieuse s'accompagnait de douleurs rhumatoïdes, et A. *Mantle* qui en a relaté l'histoire à l'Association des médecins anglais à Cardiff déclare avoir constaté nettement le caractère épidémique de ces angines.

Mais le doute persiste, et voici ce qu'écrit à ce sujet *Morell-Mackenzie* (1) :

« Il *semblerait* que l'amygdalite se soit montrée
« dans quelques cas, sous une forme épidémique;
« mais il est difficile de différencier, d'après les publi-
« cations faites sur ce sujet, les cas d'amygdalite
« simple de ceux d'angine qui se rencontrent dans
« les épidémies de fièvre scarlatine ».

Il est certain qu'il faut garder une certaine réserve, à l'exemple de *Morell-Mackenzie* (bien que l'épidémie de Gordon soit absolument démontrée), dans le cas où il s'agit d'une épidémie atteignant une contrée, une ville, ou un village.

Aussi ne ferons-nous que mentionner les quelques faits suivants dans lesquels d'ailleurs la plupart des cas reconnaissent pour origine la contagion de parent à parent ou de voisins à voisins.

En 1889, M. *Taillard* soigna, à Maiche, près de Besançon, une trentaine de malades atteints d'amygdalite dans un laps de temps qui ne dépassa pas 20 jours.

1. *Morell-Mackenzie. Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, p. 75, Paris, 1882.

La plupart des cas se terminèrent par l'apparition d'abcès miliaires. Les arthralgies, les érythèmes surtout para-articulaires, furent fréquents ; les cas se groupèrent par famille, par voisins, etc.

La même année, A. *Honman* (1) publia sur la question de l'épidémicité un mémoire fort documenté que nous allons brièvement résumer :

« L'amygdalite folliculaire prend fréquemment un caractère épidémique et revient d'une façon persistante à certains endroits, où les conditions hygiéniques sont défectueuses. A *Williamstown*, la maladie devient absolument épidémique, surtout après les averses quand le sol commence à sécher. *Honman* serait porté à incriminer la défectuosité du drainage.

« Il insiste aussi sur les autres conditions hygiéniques et cite une maison mal tenue où tous les enfants eurent une amygdalite.

« Il appelle d'autre part l'attention sur la fréquence de séries de maladies : diphthérie et amygdalite folliculaire ; scarlatine, fièvre typhoïde et amygdalite. »

Plus démonstratives sont les relations des petites épidémies observées dans une maison, dans une salle d'hôpital, dans une école, dans une famille.

A cette catégorie de faits appartient l'épidémie de Saint-Etienne que nous avons mentionnée tout à l'heure.

1. A. *Honman*. *Corrélation de l'amygdalite folliculaire chez l'enfant avec d'autres affections zymotiques*. *Internat. Colonial Congress. of Australasia*, 1889, in *Journal of laryngology*, n. 7, 1890.

Fleury (1) en 1887 publia l'histoire de 8 malades chez lesquels il put mettre hors de doute la contagion ; trois fois il s'agissait de contagion entre époux ; une autre fois c'est un enfant contagionné par son père ; une autre fois, un enfant contagionné par son frère, sa sœur, ses parents ou un camarade.

Dans tous les cas, il s'agissait, soit d'angine pultacée, soit d'amygdalite phlegmoneuse. Car, et nous aurons à revenir sur ce point, telle angine pultacée peut déterminer par contagion une amygdalite érythémateuse légère, une amygdalite lacunaire ou une angine phlegmoneuse et réciproquement.

D'ailleurs deux des faits de *Fleury* sont au moins sujets à discussion puisque le sujet contaminé était atteint de diphthérie. Bien que les contaminés aient eu, l'un une simple angine érythémateuse et l'autre une angine phlegmoneuse, il n'est pas permis, surtout pour le premier malade, d'affirmer que l'érythème de la gorge n'a pas été une manifestation abortive de la diphthérie, une diphthérie spontanément atténuée.

Fraenkel a de son côté observé un certain nombre de cas de contagion. En 1887, *Ravers* (2) a publié les relations d'une épidémie d'amygdalite avec exsudats pultacés qui frappa exclusivement des enfants.

En 1888, *Tissier* (3) relate l'histoire d'une petite

1. *Fleury*. *Leire médicale*, T. VI, n. 7, 1887.

2. *Ravers*. *The Practitioner*, avril 1887.

3. *Tissier*. *Amygdalite folliculaire et contagion*. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n. 2 février, p. 70, 1888.

épidémie hospitalière. Dans ce travail est envisagée pour la première fois la question du mode de contagion. L'épidémie frappa un élève du service, une infirmière et cinq malades, à la suite de l'entrée, dans la salle, d'un sujet atteint d'amygdalite lacunaire. Les données contenues dans ce mémoire nous permettront d'établir les conditions de la contagion : nous aurons à y revenir.

Quelques mois plus tard, *Jacquemart* (1) publie les faits suivants : A la suite de l'entrée à l'hôpital d'une jeune femme de 22 ans, atteinte d'amygdalite phlegmoneuse, apparurent dans l'espace de dix jours, dans la même salle, trois cas d'amygdalite pultacée.

En 1889, *Dubousquet-Laborderie* et *Jasiewicz* (2) relatent une épidémie de maux de gorge qui éclata dans les écoles primaires de Saint-Ouen en 1889. Deux maîtresses sont prises d'abord (elles avaient une amygdalite ancienne) et bientôt après dans leur classe 25 fillettes sont atteintes de la même façon, la même année. *Bomsein* (3) de Baltimore, publie un important travail sur les amygdalites infectieuses dont il donne une description d'ensemble : il admet la fréquence relative de la contagion et en mentionne 9 exemples.

Citons comme exemple caractéristique la petite épidémie familiale suivante :

1. Jacquemart. *Loire médicale*, 15 juin 1888.

2. Dubousquet-Laborderie et Jasiewicz. *Société de médecine pratique*, 1889.

3. Bomsein. — Tonsillitis. *American Journ. of the medic. scienc.*, oct. 1889.

Un jeune homme, âgé de 25 ans, est atteint d'amygdalite; il prend chez lui son jeune frère, âgé de 12 ans; trois jours après celui-ci est atteint d'amygdalite. Au cours de sa maladie le jeune homme reçoit sa fiancée âgée de 20 ans, qui en le quittant lui donne « un bon et long baiser ». Le lendemain soir, 24 heures environ après le baiser, la jeune fiancée est prise d'angine folliculaire aiguë, qu'elle communique à son tour à sa sœur cadette âgée de 17 ans.

La même année *Dauchez* (1) relate l'histoire d'une épidémie d'amygdalite qu'il a observée dans le sixième arrondissement à Paris.

En 1890, M. A. *Descoings* (2) publie dans sa thèse une quinzaine d'observations dues à M. *Dauchez*, dont nous rapporterons plus loin les plus typiques; dans ces faits la durée la plus fréquemment observée pour l'incubation a été de 9 jours.

Pfannenstiel (3), à la suite d'une épidémie de fièvre puerpérale, survenue à sa clinique de Berlin, vit se développer parmi les hospitalisés un certain nombre d'angines tonsillaires plus ou moins graves.

A noter ici les circonstances étiologiques spéciales sur lesquelles nous reviendrons.

Dans une famille de 7 personnes, *Jeanselme* a vu cinq cas d'amygdalite, la maladie avait été apportée

1. Dauchez. *France médicale*, décembre 1889.

2. Descoings. *De l'amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse*, Th. Paris, 22 janvier 1890.

3. Pfannenstiel. *Casuistischer Beitrag zur Ätiologie der Puerperalfieber* *Centralblatt für Gynaekologie*, Bd XII, n° 38, 1888.

par un enfant qui lui-même l'avait contractée dans son école où elle régnait épidémiquement.

M. *Richardière* (1) en 1891, est revenu sur cette question de la contagion dans l'amygdalite aiguë qu'il semble croire à peu près intacte puisqu'il ne cite qu'un seul travail, celui de *Bomseïn* ; il publie l'histoire de deux petites épidémies qu'il a observées à deux années de distance, l'une dans les salles de l'Hôtel-Dieu, l'autre dans une famille.

A la suite de l'entrée d'une malade atteinte d'amygdalite, dans une salle ne renfermant aucun sujet ayant d'affection de la gorge, apparaissent en 8 jours, trois cas d'amygdalite ayant offert la même symptomatologie et suivi la même évolution. Les malades atteintes furent d'abord une voisine de lit, puis une malade couchée en face et enfin un étudiant du service.

Dans l'épidémie de famille, à la suite d'une amygdalite survenue chez une bonne, l'enfant puis la mère et la grand'mère de l'enfant sont frappés par la même affection.

M. *A. Martin* (2) en se basant sur une statistique portant sur un grand nombre de cas se déclare aussi franchement contagionniste.

M. *Dubousquet-Laborderie* (3), qui dès 1886 au congrès de *Nancy* déclarait que l'amygdalite devait

1. Richardière, *De la contagion dans l'amygdalite aiguë. Semaine médicale*, p. 364, n° 44, 2 septembre 1891.

2. A. Martin. *Journal de médecine de Paris*, septembre 1891.

3. Dubousquet-Laborderie. *Contagion de l'amygdalite aiguë. Journal de médecine de Paris*, p. 557 et 515, n. 51 et 52, 20, 27 décembre 1891.

être contagieuse, écrit, dans un récent mémoire, avoir observé deux nouvelles épidémies de famille ayant frappé l'une la mère, puis son enfant au sein, son mari et sa bonne; l'autre un enfant, puis son père et sa mère, sa sœur, et enfin une voisine, sa mère et un enfant habitant le même étage.

M. Sallard (1), a vu dans une même famille trois enfants pris successivement d'une façon identique d'angine folliculaire. Une femme de chambre qui habitait la même pièce que le plus jeune, paya aussi son tribut.

Enfin M. Eloy (2), a observé de son côté deux épidémies l'une familiale, l'autre scolaire. Il admettait plus volontiers le contagement par l'air que par le contact direct.

OBSERVATIONS personnelles.

Sur la contagion de l'amygdalite aiguë (épidémies de famille, d'école).

Depuis que la grippe ou plutôt l'influenza a fait son apparition dans nos contrées, c'est-à-dire depuis quatre ou cinq ans, j'ai été frappé d'observer surtout chez les enfants, des épidémies d'affections de la gorge, auxquelles je n'ai attaché d'abord aucune importance, les croyant les compagnes habituelles de l'influenza; mais l'année dernière j'ai constaté d'une façon bien précise, en dehors de l'influenza dans deux occasions différentes, que les

1. Sallard. *Les amygdalites aiguës*, p. 62, Paris, 1892.

2. C. Eloy. *La contagiosité de l'amygdalite aiguë et son traitement. Rev. gén. de clin. et de thér.*, n. 19, 11 mai 1892.

affections de la gorge, l'amygdalite simple en particulier, étaient épidémiques et contagieuses.

La première observation date du mois de mai 1893. Dans une famille composée de cinq personnes : le père, la mère et trois enfants, l'aîné des enfants, doué d'une prédisposition spéciale pour les maux de gorge (car je l'ai soigné maintes et maintes fois pour une hypertrophie chronique des amygdales), est pris subitement d'une poussée inflammatoire localisée d'abord à une seule amygdale, l'inflammation gagna bientôt la seconde glande, et la déglutition, gênée d'avance en raison de l'inflammation chronique du pharynx, devint presque complètement impossible ; après avoir ordonné le traitement prescrit dans de semblables circonstances : vomitifs, gargarismes, collutoires, je ne fis prendre aucune précaution contre la contagion que j'ignorais pouvoir exister. Deux jours après je revins dans la maison et je constatai que la mère et le plus jeune des enfants souffraient de la même affection ; le père et le cadet des fils ne présentaient aucun symptôme de la maladie. C'est alors que frappé de cette coïncidence, trois personnes sur cinq étant dans le même état pathologique, je portai mes recherches sur le caractère épidémique que prenait l'amygdalite dans cette famille.

Après interrogatoire voilà ce que j'appris : la mère voyant son fils en proie à une fièvre violente, à une agitation extrême, à un délire assez prononcé, avait résolu de partager son lit avec le malade pour mieux le veiller ; il n'y avait donc rien d'étonnant à ce que, dans de telles conditions, elle fût prise du même mal que son fils.

Le plus jeune des enfants qui, pendant trois ou quatre jours, dans les moments d'accalmie que présentait la fièvre de son frère l'avait approché à plusieurs reprises avait été atteint de la même affection ; lui aussi avait contracté, par contact, le germe de la maladie.

Le père au contraire qui vaquait toute la journée à ses occupations ordinaires en dehors de la maison, qui fit pendant huit jours lit commun avec son plus jeune fils, ce dernier fréquentant chaque jour régulièrement l'école, le père, dis-je, et le dernier des enfants échappèrent à l'épidémie.

La seconde observation est plus récente, elle date du mois de septembre dernier.

Je fus appelé un matin dans le village de A... pour porter mes soins à un enfant de 18 mois qui ne pouvait prendre aucune nourriture et chez lequel la mère avait constaté une rougeur très vive de l'arrière-gorge.

Après examen de la bouche de cet enfant, qu'il me fut assez difficile de faire, la contraction douloureuse des masséters ne permettant pas de faire une inspection minutieuse du pharynx, je constatai que les amygdales étaient rouges, enflammées et recouvertes çà et là inégalement de concrétions blanchâtres, légèrement opaques, se détachant assez facilement au contact de l'ongle et du manche de la cuiller ; la langue était épaisse, la soif vive, la fièvre ardente et les pulsations nombreuses (le pouls était à 140) je diagnostiquai donc une amygdalite aiguë et j'ordonnai le traitement ordinaire en prescrivant à la mère de pencher la tête de son enfant sur le côté droit pour lui faire prendre quelques cuillerées de laitage ou de bouillon, l'amygdale de ce côté me semblant moins enflammée que celle du côté gauche. Je revins voir mon petit patient deux jours après et je trouvai une amélioration notable de son état mais par contre, la mère se plaignait d'un picotement gênant et douloureux de l'arrière gorge, avec exaspération de la douleur au moment de la déglutition, les liquides passaient assez facilement, mais les aliments provoquaient par contact une violente douleur ; cette femme en soignant son enfant avait contracté la même affection.

La guérison s'obtint assez facilement dans les deux cas, cepen-

dant la mère fut plus longue à se rétablir, car il se forma chez elle un abcès du pilier antérieur du voile du palais qui se termina par la suppuration au bout d'une dizaine de jours.

Dans ce cas encore il était difficile d'admettre que ce n'était pas par contagion que cette mère avait hérité de l'affection de son fils.

Au mois de décembre dernier, m'entretenant avec l'instituteur de ma commune sur l'assiduité des enfants à suivre la classe, il me dit que depuis cinq ou six jours il avait noté de 40 à 50 absences quotidiennes et l'école qui comptait habituellement de 175 à 180 élèves n'en comptait guère actuellement que 125 à 130. Ayant demandé à quoi il attribuait cette absence aussi nombreuse, il me dit que presque tous, d'après les renseignements fournis par leurs camarades, se plaignaient de maux de gorge. Dès le lendemain j'eus l'occasion d'être appelé dans deux ou trois familles de ces enfants et je notai le caractère épidémique de ces affections.

Dans la première maison, située au village de M..., je trouvai deux enfants, deux frères, qui faisaient lit commun, atteints d'une amygdalite aiguë, la guérison fut facile à obtenir dans ces deux cas.

La seconde observation eut lieu dans une famille composée de 11 personnes. Une enfant âgée de 10 ans, à la suite d'un refroidissement, me dit la mère, fut prise d'un malaise général et au bout de deux jours, époque à laquelle je fus appelé, elle se plaignait d'un violent mal de gorge avec impossibilité de la déglutition. Je constatai, en effet, chez cette enfant, une double amygdalite qui se termina rapidement par la guérison ; deux jours après, dans la même famille, je constatai la même affection chez deux autres enfants, ces deux derniers cas furent, il est vrai, bénins et de courte durée, mais ils étaient pour moi, quand même, un indice de la contagion de l'amygdalite.

Enfin ma dernière observation est toute récente, elle date du

10 janvier dernier ; une paysanne vint me trouver dans mon cabinet, portant dans ses bras un enfant de six ans, qui depuis trois ou quatre jours était devenu complètement sourd, ne pouvant prendre aucune nourriture solide et se plaignant de violentes douleurs dans la gorge. Cet enfant présentait, en outre, un nasonnement particulier de la voix qui n'était pas habituel chez lui. Je portai immédiatement mon examen dans la gorge de cet enfant et voilà ce que je constatai : l'haleine était fétide, la langue chargée, la salivation abondante, la déglutition difficile et très douloureuse, le pharynx était complètement tuméfié et les deux amygdales étaient également gonflées et recouvertes par places, de légers exudats se détachant facilement sans laisser de traces, le pouls était à 120, la respiration gênée et difficile, l'enfant avait constamment la bouche ouverte, il avait présenté du délire la nuit précédente d'après ce que me dit la mère. Je commençai par blâmer cette femme de m'avoir amené un enfant dans un pareil état, mais n'étant pas riche, elle avait voulu, me dit-elle, s'épargner des frais ; je lui donnai le traitement à suivre et je fus plusieurs jours sans entendre parler de mon petit malade, quand vers le 17 ou le 18 janvier la même femme revint à mon cabinet, m'apportant cette fois, non pas son petit garçon, mais une fillette de trois ans atteinte de la même affection que l'enfant qu'elle m'avait amené la semaine précédente ; dans cette nouvelle observation il est donc encore difficile d'éloigner l'idée de contagion.

Mon opinion étant faite sur la contagiosité de l'amygdalite aiguë j'ai ordonné, il y a une douzaine de jours, un traitement préventif à tous les membres d'une même famille dont l'un des enfants était atteint d'influenza avec une légère inflammation pharyngienne. Je prescrivis à toute la famille de se gargariser et de se laver la bouche, plusieurs fois par jour, avec de l'eau boriquée, non-seulement aucun d'eux n'a souffert de la gorge, mais aucun n'a été atteint, jusqu'à ce jour, de l'influenza, bien que cette épidémie fût générale dans le hameau.

Je crois devoir faire remarquer cependant que dans ces quelques observations la contagion m'a paru plus facile chez les enfants chétifs et de constitution délicate. Certains tempéraments possèdent donc une prédisposition spéciale pour cette affection, je dois faire remarquer aussi que c'est toujours dans des milieux humides que j'ai observé la contagion de l'amygdalite.





III

LA NOTION DE LA CONTAGIOSITÉ DES AMYGDALITES AIGUES
EST UN COROLLAIRE DE LA NOTION DE LEUR NATURE
INFECTIEUSE.

La contagiosité de l'amygdalite était un corollaire de la démonstration de sa nature infectieuse aujourd'hui établie : qui dit contagion sous-entend pour nous infection microbienne, et il ne saurait plus être question de l'opinion des anciens auteurs, de *Bouchut*, en particulier, qui avait remarqué que l'amygdalite exsudative était beaucoup plus contagieuse que l'amygdalite diphtéritique, mais ajoutait que cette contagiosité n'indiquait pas la *nature infectieuse de la maladie*.

Preuves cliniques. — Le caractère infectieux de l'amygdalite aiguë fut d'abord établi par la clinique. A la preuve tirée de son évolution, de ses symptômes, de ses complications, la bactériologie est venue plus récemment apporter sa confirmation.

C'est à *Kannenberg* (1) (1880) et surtout au professeur *Bouchard* (2) que reviennent l'honneur d'avoir nettement établi cette donnée. Depuis lors les leçons de *Landouzy* (3) (1883) ; la thèse de *Milsonneau* (4) (1885), les travaux de *Jacobi* (5), de *Fraenkel* (6), de *Seifert* (7), de *Furbringer* (8), de *Rousseau* (9), etc. ont apporté de nouveaux faits à l'appui de l'idée de la nature infectieuse de l'amygdalite aiguë.

L'invasion brusque marquée par des frissons, du malaise général, de la courbature, souvent avant tout symptôme pharyngé : l'évolution fébrile et cyclique ; la possibilité de certaines manifestations à distance : néphrite, arthropathies, endocardite, etc., la longueur de la convalescence, tels étaient les arguments invoqués jusqu'ici.

1. Kannenberg. *Ueber Nephritis bei acuten Infektionskrankheiten Zeitschrift für klinische Medicin* est 3, p. 1, 1880.

2. Bouchard. *Revue de médecine*, 1881, et Cours de la Faculté de médecine de Paris, 1883-1887.

3. Landouzy. *Progrès médical*, 4-11 août 1883 ; *Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1885.

4. Milsonneau. *De l'angine infectieuse simple primitive*, Thèse Paris. 1888.

5. Jacobi. *Medical record*, 27 nov. 1886.

6. B. Fraenke!. *Prakt. Encyclopedie der gesammten Heilkunde* B, p. 7 1881, et *Verein für innere medicin*. Berlin, 1888.

7. Seifert. *Ueber lacunare Angina*. — *Wiener medicinische Wochenschrift*, n. 40, 1886.

8. Furbringer. *Verein für innere Medicin*. Berlin, 1888.

9. Rousseau. *Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë*, thèse Paris, 1890.

PREUVES BACTÉRIOLOGIQUES.

B. *Fraënkel* (1) admettant les caractères précédents et connaissant la fréquence des épidémies de maison qui indiquent le transport du contagé vivant d'un sujet à un autre, chercha à isoler ce contagé.

Par les cultures il isola divers micro-organismes fixant bien les couleurs d'aniline. Il en isola trois principaux, un streptocoque, un staphylocoque rappelant le staphylococcus pyogènes aureus et un second rappelant le staphylococcus pyogènes albus. Les inoculations restèrent négatives.

Seifert ne put isoler de bactéries spécifiques. *Gabbi* (2) ne trouva dans les sécrétions des lacunes qu'une seule espèce de microbes qu'il considère comme étant le diplocoque de *Fraënkel*, et il en conclut que l'amygdalite lacunaire est une manifestation pneumococcique.

J. *Czajkowski* (3) a trouvé, soit le staphylocoque, soit le streptocoque, qu'il met directement en cause. Tel est aussi l'avis de *Dietrich* (4). Par contre les

1. B. *Fraënkel*. *Angina lacunaris*.— *Berlin's klinische Wochenschrift*, 1886.

2. *Gabbi*. *Lo sperimentale*, 1889.

3. *Czajkowski*. *Gazeta lekarska*, 1888-1891.

4. *Dietrich*. *Die Bedeutung der Mikroorganismen der Mundhöhle für menschlichen Organismus*. *Prager medicinische Wochenschrift*, 1890.

recherches de *Sokolowski* et *Dmochowski* (1) sont restées négatives.

J. Sandtner (2) a trouvé dans le pus de 4 cas d'angine folliculaire, et dans un cas d'angine phlegmo-neuse, un seul microbe, un streptocoque identique à celui du pus et de l'érysipèle. Le streptocoque se cultive volontiers dans les canaux lymphatiques et peut-être la richesse des amygdales ou voies lymphatiques explique-t-elle leur envahissement fréquent par ce microbe.

Cette constatation explique la gravité que peut revêtir, dans certains cas, l'amygdalite que l'on a vue se terminer par la mort (*Zeiltmann* (3), *Kiemann* (4), *Peterson* (5)), même lorsqu'elle reste folliculaire. Il faut plutôt s'étonner de la bénignité habituelle de la maladie.

Sandtner mentionne à l'appui de son opinion sur le rôle du streptocoque pyogène les faits de *Pfan-nenstiel* déjà relatés et un cas d'amygdalite folliculaire qui précéda un érysipèle.

1. A. Sokolowski et R. Dmochowski. — *Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse: Deutsches Archiv für klinische Medizin* p. 203 Band. 49, page 26, 1802.

2. J. Sandtner. — *Zur Aetiologie der angina follicularis.* — *Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 26, 1891.

3. R. Zeiltmann. — *Die Angina nosocomialis und ihr Actiologie.* Inaug. Dissert. München, 1884.

4. Kiemann. — *Tonsillarabces. Tod in Folge von Pyæmie.* *Wiener medicin*, Presse 1886.

5. Peterson. — *Schmidts Jahrbucher*, Bd. 177.





IV

RAPPORTS DE L'AMYGDALITE AIGÛE AVEC DIVERSES MALADIES INFECTIEUSES.

Quoiqu'il en soit de ces recherches il en résulte que si l'amygdalite aiguë est d'origine microbienne, elle reconnaît pour cause, non une espèce particulière, définie, mais bien les microbes pathogènes vulgaires (streptocoque, staphylocoque, pneumocoque).

Et en effet, en dehors des faits de *Pfannenstiel*, où les streptocoques en cause avaient déterminé auparavant de l'infection puerpérale, il existe dans la science plusieurs cas d'amygdalite, développés à la suite d'une infection toute autre comme siège: cas du Dr *Froelich* cité par *Bomsein* et de son assistant qui s'étant piqués en faisant l'autopsie d'un malade mort de péritonite, eurent de la lymphangite au niveau de la piqûre et une amygdalite aiguë. *Froelich* contagionna à son tour sa femme.

Cela nous amène à étudier les rapports de l'amygdalite aiguë avec certaines affections microbiennes, la pneumonie, la grippe, la diphtérie, la scarlatine, etc.

I. — *Pneumocoque et amygdalite aiguë.*

1° Le pneumocoque peut déterminer comme lésion isolée de l'amygdalite folliculaire. C'est ce qui résulte des observations de *Bolone* (1) qui observa une épidémie d'amygdalite lacunaire, évoluant concurremment avec de nombreux cas de pneumonie; de *Gabbi* déjà citées; de *Rendu* (2) où l'examen bactériologique fut fait; de *Netter* (3); de *Jaccoud*, etc.

L'angine à pneumocoques est érythémateuse, folliculaire, pseudo-membraneuse ou suppurée.

2° L'angine à pneumocoque peut précéder la pneumonie (*Prioleau, Tissier*), celle-ci étant le second acte d'une infection dont la première localisation s'est faite au niveau de la gorge (*Tissier*) (4).

1. Bolone. *Sur une forme d'angine folliculaire et contagieuse.* — *Bolletino della malattia della gola e del naso*, juillet 1888.

2. Rendu. *Angine à pneumocoques.* — *Soc. med. des hopitaux*, 21 mai 1891.

3. Netter. *Fréquence relative des affections à pneumocoque; points au niveau desquels débute le plus souvent l'infection aux divers âges de la vie* (*Société de Biologie*, 26 juillet 1890).

4. H. Tissier et Coursier. *De l'angine prodromique de la pneumonie.* *Annales de médecine*, p. 289, 1892.

D. — *Grippe et amygdalite aiguës.*

Malgré les travaux récents, le microbe de la grippe reste mal déterminé. La spécificité du petit bacille décrit par *Pfeiffer* n'est pas encore absolument démontrée. Dans une récente leçon, M. *Cornil* (1), qui a constamment retrouvé ce petit bâtonnet dans l'expectoration des sujets grippés, admet que le bacille de *Pfeiffer*, retrouvé par *Canon* dans le sang, semble bien être l'agent pathogène, spécial de la grippe. Un point est acquis c'est que l'influenza favorise singulièrement les infections microbiennes et que l'on a trouvé très fréquemment dans ses complications, soit le streptocoque, soit le pneumocoque (*Weichselbaum*, *Netter*, etc.).

Il n'est pas moins certain d'autre part que l'amygdalite lacunaire est assez souvent une manifestation de l'influenza, manifestation qui peut être primitive et rester isolée ou bien précéder ou accompagner d'autres localisations de la maladie.

Ces amygdalites grippales, causées soit par le microbe spécifique de l'influenza, soit plutôt par le streptocoque pyogène ou le pneumocoque sont essentiellement contagieuses et c'est sur elles que portent quelques unes des relations d'épidémie d'amygdalite.

1. *Cornil*. La grippe. *Annales de médecine*, 1894.

C. — *Streptocoque et amygdalite aiguë.*

Nous avons déjà parlé des relations de l'érysipèle et de l'amygdalite folliculaire ; avant d'arriver à la question plus importante peut-être de la diphtérie, citons quelques observations récentes d'angines streptococciques (V. Hanot (1). Legendre et Claisse (2) etc.).

D. — *Diphtérie et amygdalite aiguë.*

On observe assez souvent dans un foyer de diphtérie des cas d'amygdalite lacunaire dont la symptomatologie objective et subjective, le début, l'évolution cyclique et la terminaison ne diffèrent en rien de ce qu'on observe dans l'amygdalite aiguë simple.

Comment interpréter ces faits ? Il existe habituellement (*Heubner, Bourges, Wurtz, Prudden, Barbier, Grancher*, etc.) dans l'exsudat de la diphtérie à côté du bacille de *Læffler* de nombreux streptocoques pyogènes. De telle sorte qu'on pourrait admettre qu'il s'agit d'angines streptococciques simples.

1. Hanot, *Bulletin et mém. de la société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 232, 1891.

2. Legendre et Claisse, *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 2 janvier 1892 et *Union médicale*, 21 janvier 1892.

D'autre part, il existe des diphtéries atténuées revêtant les caractères de l'amygdalite lacunaire, cette opinion émise par *Gaucher* (1) a été démontrée par *Feer* (2) qui a trouvé dans les sécrétions des lacunes le bacille de Loeffler dans deux cas, ayant évolué jusqu'à la fin comme l'amygdalite lacunaire.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à la scarlatine.

1. Gaucher. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1887.

2. Feer. *Diagnose der Diphtherie und der diphtherie artigen Rachen erkrankungen*. — *Correspondenzblatt für Schweizer, Aerzte*, p. 629, n. 18, 15 septembre 1893.





V

MODE DE CONTAGION.

Certaines conditions inhérentes aux germes eux-mêmes (atténuation de leur virulence) ou au terrain (pouvoir bactéricide des liquides buccaux, phénomènes de phagocytose) rendent le contact en général inoffensif.

Il est permis de supposer que l'influence du froid admise et non à la légère par tous les anciens auteurs permet précisément l'infection amygdalienne en diminuant la résistance de l'organisme, en suspendant pour un moment le pouvoir de défense réalisé par la phagocytose physiologique. Ce rôle du froid sur la résistance de l'organisme aux infections a été bien mis en lumière par les expériences de M. le professeur *Bouchard* et de M. *Charrin*.

D'autre part, il serait puéril de nier, après les observations que nous avons enregistrées, observa-

tions d'épidémies de maison ou de famille si fréquentes qu'il n'est peut-être pas un seul médecin qui n'en ait observé de nombreux exemples, il serait puéril, croyons-nous, de vouloir nier la possibilité du transport du contagé d'un individu à un autre.

Il faut tenir pour légitimes les travaux que nous avons cités, et l'observation clinique conduit aux mêmes conclusions.

Nous sommes autorisé à dire avec M. Tissier (1) que les particularités symptomatiques et évolutives de l'amygdalite aiguë tiennent relativement peu à la nature de l'espèce microbienne en cause. Il faudrait plutôt rechercher dans les conditions anatomiques et physiologiques présentées par le terrain spécial sur lequel évolue l'infection la raison d'être des allures cliniques si spéciales de l'amygdalite aiguë.

A l'état normal la surface des amygdales se trouve en contact presque permanent avec les germes pathogènes contenus dans la salive, les staphylocoques, le streptocoque, le pneumocoque, qui sont précisément les microbes en cause dans les infections tonsillaires aiguës.

Dans toutes les observations ce sont des individus vivant en contact immédiat avec le sujet atteint qui sont d'abord infectés : contagion de l'homme à la femme ou inversement, de la mère à l'enfant, etc.

1. Tissier: *Loc. cit.* et *Annales de médecine scientifique et pratique*, passim, 1891-94.

Dans une école, dans une salle d'hôpital, ce sont les voisins qui subissent d'abord la contagion.

L'infection une fois réalisée, elle peut, quelle qu'en soit la nature (streptococcique, pneumococcique, staphylococcique) évoluer de façons diverses (Tissier). Si les germes sont peu virulents ou le terrain résistant tout se bornera à une poussée fébrile initiale de moyenne intensité et éphémère, à un peu de rougeur et de tuméfaction des amygdales ; un degré de plus les germes pénètrent dans les cryptes, s'y multiplient et déterminent la production de ces masses caséuses qui débordent l'orifice de la crypte et font à la surface de l'amygdale une sorte de bavure, soit l'amygdalite lacunaire, dite quelquefois folliculaire.

Si l'infection est plus intense, l'exsudat est plus abondant et la surface de l'amygdale se recouvre de pseudo-membranes plongeant dans les cryptes.

Dans tous les cas la tonsille est plus ou moins tuméfiée, son système lymphatique est envahi par les microbes (streptocoque, pneumocoque) comme en témoigne souvent l'adénopathie sous-maxillaire concomitante. C'est surtout le cas dans l'amygdalite streptococcique.

Mais de même que le streptocoque pyogène peut déterminer sur le tégument externe deux grandes variétés de processus inflammatoire, l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux, de même dans l'amygdale les streptocoques qui envahissent le parenchyme amygdalien peuvent y produire, tantôt

une simple inflammation exsudative et tantôt une inflammation suppurative (*Tissier*).

Ces foyers suppuratifs siègent de préférence dans la loge péri-amygdalienne, où la lutte phagocytaire est moins active.

La structure de l'amygdale, son organe lymphatique réalisant les conditions particulièrement favorables à l'absorption des toxines et la pénétration des germes explique sans doute en partie la rapidité du début de la maladie, le frisson et la fièvre qui ouvrent la scène morbide.

Quoi qu'il en soit de ces considérations générales ces données nous expliquent :

1° Que les germes infectants puissent provenir d'une lésion microbienne siégeant ailleurs qu'au niveau de l'amygdale.

2° Qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre le type et l'intensité de la lésion amygdalienne du sujet contaminant et le type que va réaliser le sujet contaminé (*Tissier*).

Tel sujet atteint d'amygdalite lacunaire pourra communiquer une simple angine érythémateuse ou pultacée, une amygdalite pseudo-membraneuse ou suppurée, aussi bien qu'une amygdalite lacunaire.

Ces divers types anatomiques diffèrent, en effet, non par la nature de la lésion, mais par son siège et son extension.

Il nous reste à établir les conditions de la contagion, son mode, ses circonstances adjuvantes, la durée de l'incubation, etc.

La contagion se fait-elle par contact immédiat, ou par l'intermédiaire de l'air. La plupart des auteurs inclinent à admettre ce dernier mode (*Bomsein, Richardière*). Il faut écarter absolument le contagé par l'alimentation.

Le contagé direct incriminé deux fois seulement par *Bomsein* a été en cause un certain nombre de fois (contagion entre époux) et M. *Tissier* nous a déclaré l'avoir constaté d'une façon à peu près certaine dans trois cas.

L'objection contre l'hypothèse du contagé direct élevée par M. *Richardière*, à savoir que ce mode est à repousser parce qu'un élève de son service n'a pu le contracter ainsi d'une malade, ne nous paraît pas sérieuse. C'est précisément le médecin qui au moment où il examine la gorge est le plus exposé au contagé direct.

Quoiqu'il en soit en admettant que la contagion ne soit pas directe et qu'elle se fasse par l'air, le contagé ne possède pas un grand pouvoir de diffusion. Ce sont les sujets les plus voisins qui sont atteints.

Dans l'épidémie observée par M. *Tissier* aucune des malades restant au lit ne fut atteinte, seule, avec un élève et une infirmière, celles qui se levant vinrent auprès de la femme qui avait apporté l'angine du dehors furent atteintes.

Il faut un contact assez immédiat (*Tissier*) pour que la contagion se réalise et nous admettons que dans la plupart des cas d'épidémie de maison ou de famille la contagion est directe.

Dans les cas où la contagion se fait par l'air nous nous demandons si elle ne se réalise pas par les liquides crachés en abondance par les malades dans leur mouchoir ou sur leurs draps, liquides qui une fois séchés peuvent se répandre en poussière dans l'air ambiant entraînant avec eux les germes. En tout cas, il faut retenir un point important, qui nous donne les raisons du peu d'extension des épidémies observées, c'est la faible diffusibilité au contagement et partant la nécessité pour qu'il y ait contagion de rapports assez immédiats.

C. Bœck (1) déclare avoir pu suivre la transmission de la maladie d'individu à individu, de maison à maison et de rue à rue; il ne semble pas que ce cas soit fréquent.

On n'a pas encore publié d'exemple de contagion pour une tierce personne restant indemne.

1. C. Bœck. *Nord. med. Arch.* bd IX, n. 14.





VI

CONDITIONS FAVORISANT LA CONTAGION.

Quelles sont les circonstances favorisantes? On peut incriminer la virulence du microbe et l'on est peut-être autorisé à le faire dans quelques cas où dans une même localité on voit apparaître à la fois plusieurs foyers d'amygdalite. Ne savons-nous pas (*Netter, Biondi*) qu'à certains moments le pneumocoque contenu dans la bouche acquiert une plus grande virulence.

L'état de la température (froid), diminuant la résistance du terrain à l'infection microbienne, favorise la contagion. Il est certain d'autre part que dans la saison froide les rapports entre sujets d'une même famille vivant alors dans une atmosphère plus confinée sont plus étroits, plus continus.

Les lésions antérieures de la gorge, hypertrophie amygdalienne, amygdalite lacunaire chronique, la respiration buccale (obstruction nasale, végétations

adénoïdes) pendant le jeune âge, certaines infections (grippe), rendent la contagion beaucoup plus facile. Il semble bien établi d'autre part qu'une atteinte antérieure prédispose à la contagion, et *Tissier* nous citait l'exemple d'un confrère qui chaque année est atteint trois ou quatre fois d'amygdalite lacunaire et cela depuis six ans au moins. Dans beaucoup d'atteintes, et celles-ci sont de courte durée, mais plutôt sévères, il a été possible d'établir la réalité d'une contagion.





VII

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ. — DURÉE DE L'INCUBATION.

Quelle est maintenant la durée de la contagiosité.

Celle-ci semble courte, bien que les microbes puissent persister assez longtemps dans les cryptes amygdaliennes.

Comme la maladie elle-même, sous sa forme lacunaire la plus commune, elle semble ne guère durer que 4 ou 5 jours.

L'incubation a une durée très variable si l'on s'en rapporte aux observations publiées. Il y a là un point obscur dont la raison est facile à établir. Il est, en effet, un certain nombre de cas où il a été possible de déterminer le moment précis de l'infection : l'incubation a varié de 1 à 9 jours.

Ceci s'explique très bien par la nature variable des germes en cause ; courte pour le pneumocoque, la période d'incubation est beaucoup plus longue

lorsqu'il s'agit du streptocoque et surtout du staphylocoque.

M. *Tissier* l'a vu varier de 2 à 5 jours.

Dans les cas réunis par M. *Ducoings* (36 cas), la durée de l'incubation a varié de 12 heures à 10 jours, elle a été le plus souvent de 8 à 9 jours.

Dans un cas de M. *Richardière* elle a été de trois jours.

Le pouvoir contagieux est relativement faible. Il n'est pas comparable à celui de la rougeole par exemple, mais il est certainement supérieur à celui de la pneumonie, quoi qu'on ait prétendu le contraire.

La gravité de l'amygdalite chez le sujet contagionné est variable, et c'est à tort que l'on a écrit (*Sallard*) que tous les cas publiés étaient des angines régulières, dénuées de complications, évoluant en 4 ou 5 jours, avec un appareil fébrile modéré, ne sortant pas somme toute de la moyenne des cas journaliers.

Si cette gravité moyenne est la règle, il y a de nombreuses exceptions, et parmi les observations que nous citerons on verra que parfois l'amygdalite chez le sujet contaminé a été plus grave chez le sujet contaminant.





VIII

MESURES HYGIÉNIQUES ET PROPHYLACTIQUES

Ces notions acquises ont pour corollaire de légitimer l'emploi de mesures prophylactiques.

Il est nécessaire de traiter les lésions chroniques de l'amygdale, causes prédisposantes à la contagion : cela devient indispensable chez les sujets qui ont déjà eu une première atteinte d'amygdalite et qui sont, nous l'avons dit, plus exposés que les autres à la contagion.

Lorsque l'on constate un cas d'amygdalite, on devra, si possible, isoler le malade : l'affection est de courte durée, cela ne souffre donc pas grandes difficultés. Dans le cas où cela sera impossible, on éloignera les enfants et les personnes dont les amygdales sont lésées antérieurement.

On recommandera aux malades de cracher toujours dans un vase contenant un liquide antiseptique et on veillera à la désinfection du linge et des objets

qui leur auront servi. Inutile d'ajouter que même précaution sera prise par le médecin pour ses instruments (abaisse-langue).

Enfin on pourra prescrire préventivement des lavages de la bouche et des gargarismes à l'eau salicylée 1 pour 1000, à l'eau phéniquée, 1 pour 100, ou boriquée 3 pour 100.

Bien que ces précautions paraissent exagérées, il ne faut pas oublier que pour bénigne qu'elle soit d'ordinaire, l'amygdalite aiguë peut déterminer de graves complications locales (otites) ou à distance, que dans tous les cas elle déprime singulièrement les forces et est suivie d'une convalescence assez longue.





CONCLUSION

La seule conclusion de ce travail est le titre même que nous lui avons donné.

L'amygdalite aiguë est une maladie contagieuse.

Le pouvoir contagieux est assez marqué, mais le contagement paraît, d'une façon générale, peu diffusible, et exige entre le contaminant et le contaminé des rapports assez étroits.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de M. Paul Tissier).

I. — Lit n° 10. C... Marie, 30 ans, présentant tous les caractères de la nutrition retardante ; sujette dans l'enfance aux coryzas, aux bronchites fréquentes et fugaces, elle se plaint fréquemment de céphalalgies, de migraines ; elle est assez mal réglée, leucorrhéique ; elle a eu dans ces dernières années une attaque de rhumatisme articulaire aigu et une bronchite (?).

Depuis 5 jours, elle se sent mal au point d'être obligée de garder le lit. Céphalée, courbature générale, myalgie, anorexie, constipation, sécheresse à la gorge, douleur à la déglutition.

A son entrée à l'hôpital le 27 juillet elle présente l'état suivant :

Abattement assez prononcé, masses musculaires de la jambe, des lombes et de l'épaule endolories, céphalée.

Langue blanche, large, amère ; gorge rouge. La rougeur est surtout prononcée à la luette et aux piliers antérieurs. Luette rouge et déviée. Amygdales volumineuses congestionnées avec un mince enduit pultacé. Constipation.

L'auscultation du cœur donne à la pointe un souffle assez

intense, se propageant dans l'aisselle, reliquat probable de son attaque de rhumatisme articulaire aigu. Mais, en même temps, au niveau du troisième espace intercostal gauche, roulement couvrant le premier bruit et occupant toute la systole ; sensibilité phrénique. T. 38°.

28. Amélioration notable surtout de l'état général.

30. On n'entend plus que le souffle de la pointe, la gorge présente encore une légère rougeur diffuse.

2 août. Palpitations violentes. Les phénomènes stéthoscopiques de la base réapparaissent.

5 août. Plus rien à la gorge. On ne perçoit plus que le souffle de la pointe, l'appétit est revenu.

7 août. Exeat.

Nous ne nous attarderons pas sur les phénomènes cardiaques présentés par la malade ; tout ce que nous retiendrons de cette observation est le fait d'une amygdalite folliculaire bien constatée.

II. — Aux premiers jours d'août, C... est convalescente d'une dothiéntérie très légère, depuis plus de trois semaines considérée comme guérie, se plaint de douleurs de gorge ; déglutition douloureuse.

A gauche, au niveau de l'angle du maxillaire, palpation assez pénible. Arrière bouche rouge, amygdales médiocrement volumineuses avec points pultacés, blanchâtres, tranchant vivement sur le fond rouge général.

Malaise, état saburral.

Guérison rapide.

III. — En même temps, Hélène F..., 18 ans, d'une constitution robuste, depuis longtemps à l'hôpital pour une contracture hystérique de la jambe gauche, appelle notre attention sur des douleurs de gorge, sécheresse, picotements, déglutition pénible, langue étalée, blanche, amère, constipation, courbature.

Luette, voile du palais, piliers rouges intenses, amygdales rouge violacé, par points recouverts d'un enduit blanc jaunâtre.

Amélioration complète en quelques jours.

IV. — Aug., 19 ans, arthrite blennorrhagique du poignet droit, forte, brune, bien musclée, en pleine santé, depuis longtemps dans la salle, est obligée de garder le lit le 5 août.

Céphalée, myalgies, constipation, langue large, amère, blanche, déglutition de la salive très douloureuse, sensations de constriction gutturale.

Rougeur diffuse de l'arrière-bouche ; amygdales volumineuses, parsemées de points blanchâtres typiques surtout à droite.

Cet état ne dure que quelques jours.

V (concernant un élève du service). Veille prolongée le 9 août. Abus de tabac ; dans la nuit, frisson, malaise général, sueurs profuses, insomnie.

Le lendemain 10, douleur vive à la déglutition surtout de la salive. Langue étalée, sale ; anorexie, amygdales rouges, tuméfiées surtout à gauche.

Le 11, prostration, céphalée, faciès abattu, ganglions subangulo-maxillaires douloureux, déglutition douloureuse, soif vive. Douleurs d'oreille, sensation de constriction. Les amygdales saillantes, rouges intenses, sont, pour ainsi dire, farcies, surtout à gauche, de petits amas pultacés, comme enchâssés dans les cryptes, et simulant des aigrettes blanc jaunâtre sur un fond cramoisi.

Le 12, l'amygdale gauche est prise. Température matinale, 39°,6. Léger trouble albumineux des urines.

La douleur à la déglutition et le malaise vont en s'atténuant, mais avec lenteur. L'état de la gorge s'améliore parallèlement.

17 août, guérison, mais faiblesse persistante ; les amygdales sont encore rouges et un peu tuméfiées.

VI. — Le 16 août, V..., atteinte de vaginite blennorrhagique,

depuis quelque temps à l'hôpital, se plaint vivement de sa gorge. Léger mouvement fébrile. Etat saburral.

Amygdales tuméfiées, rouges, avec dépôts pultacés, rougeur diffuse de toute la gorge.

Amélioration assez lente, complète le 25 août.

VII. — Adrienne T..., 22 ans, infirmière du service, pâle, fatiguée, yeux cernés depuis quelques jours, se plaint de souffrir de la gorge le 22 août. Pas de ganglions douloureux ; faciès très abattu état saburral intense. Constipation. Coïncidence des règles.

Luette et piliers rouges, amygdales remarquablement petites, enfoncées dans le sinus des piliers. La gauche est lisse, violacée ; la droite, quoique moins douloureuse à la déglutition, présente en nappe un léger enduit blanchâtre à sa partie supérieure. T. 38°, 5.

23. — T. 39°. Faciès un peu animé, pouls ample, dépressible. 120 pulsations. Amygdales farcies de petits dépôts pultacés sail-lants dans les cryptes.

24. — Amélioration notable se continuant les jours suivants avec une lenteur désespérante.

27. — Voix nasonnée, gutturale, typique, langue un peu sale, sensibilité du voile un peu obtuse, pas de troubles de déglutition qui reste cependant pénible.

29. — Pâleur et fatigue des traits. La déglutition de la salive est encore douloureuse ; la gorge ne présente qu'une légère rougeur diffuse.

Ainsi donc, du 1^{er} au 22 août, nous avons pu observer, dans la même salle, six cas d'amygdalite folliculaire, plus ou moins intense, à la suite d'un cas venu du dehors le 27 juillet.

Si nous voulons résumer ces faits dans un tableau

c'est pour rendre plus frappante cette série que nous venons de décrire rapidement.

I. — Amygdalite folliculaire venue du dehors le 27 juillet, lit n° 10, sortie le 7 août.

II. — 1^{er} août. Amygdalite légère ; typhique guérie se promenant dans la salle.

III. — 2 août. Lit n° 23, hystérique, se promenant dans la salle.

IV. — 5 août. Lit n° 2, arthrite blennorrhagique se promenant dans la salle.

V. — 10 août. Un élève du service.

VI. — 16 août. Vaginite blennorrhagique. Lit n° 11 se promenant dans la salle.

VII. — 22 août. L'infirmière du service.

OBSERVATION II (de M. Dauchez).

Le 16 mai 1889. — Je suis appelé rue Madame, 27, chez M^{me} B..., qui me communiqua les renseignements suivants sur une épidémie qui sévit chez elle depuis huit à dix jours.

Sa famille se compose de six personnes, elle et son mari, deux enfants et deux bonnes. Depuis six jours, l'épidémie a successivement frappé : 1° la plus jeune bonne, atteinte le 10 mai d'angine pultacée constatée par un confrère (durée 5 à 6 jours), les amygdales ont seules été prises ; début par un frisson, de la fièvre, de la douleur, rien à la luette ; guérison rapide sans paralysie du voile du palais ; 2° La mère, prise le 16, dont les deux amygdales sont couvertes d'un enduit pultacé que le pinceau détache facilement (durée 5 à 6 jours) ; peu de fièvre ; pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de paralysie consécutive ; 3° Le plus jeune en-

fant, pris le 17 mai, dont l'angine, contrairement aux cas précédents, me paraît nettement diphthéritique : ici, en effet, nous notons les caractères suivants : incubation de 5 à 6 jours, avec fièvre légère ; indolence de la région ; exsudat grisâtre, mince (toile d'araignée) et adhérent, recouvrant l'amygdale gauche et la luette, engorgement ganglionnaire ; pas d'albumine dans les urines ; l'angine guérit en huit jours ; 4° L'aîné des deux enfants : angine tonsillaire simple, sans albuminurie, sans paralysie ; ayant débuté le 18 mai, guéri en quatre jours ; 5° La femme de chambre, prise la dernière des mêmes accidents : le 20 mai, fièvre, douleurs de gorge, quelques points blancs isolés dans les amygdales ; guérison rapide. Seul, le père de la famille, M. B..., a échappé à l'épidémie, mais il a été pris quelques jours après, sous l'influence de la fatigue et de la diathèse arthritique (?), d'un zona du bras droit longtemps persistant.

OBSERVATION III

Auguste A..., 9 ans, élevé au collège Stanislas, demeurant boulevard d'Enfer, est sujet aux amygdalites. Il est pris le 15 juin, sans cause connue, de frissons, pâleur, défaillance, avec fièvre, douleur vive de gorge, qui se propage au larynx. T° = 38°,2. Pas d'adénopathie. Pas d'exsudat. Deux jours après, l'enfant guéri, demande à rentrer en classe.

Le 20 juin. — La mère du jeune malade est prise à son tour d'une amygdalite très douloureuse, avec fièvre légère, tuméfaction considérable de l'amygdale gauche, exsudats des cryptes amygdaliennes, encore visibles le 23 juin. Rien à l'amygdale droite ni à la luette. Pas de ganglions sous-maxillaires. Inutile d'ajouter que M^{me} A... avait soigné son fils pendant la durée de son angine.

OBSERVATION IV

Marie-Louise D..., 6 ans, demeurant rue Madame, est prise de fièvre avec hyperthermie, frissons, pendant trois jours consécutifs (5, 6 et 7 juin). Le thermomètre oscille entre 40°,5 et 39°,5. Le quatrième jour le pharynx, qui jusqu'alors était seulement un peu rouge, devient sensible et les deux amygdales sont couvertes de points blancs isolés. Chaque année, depuis 3 ans, cette enfant est reprise d'amygdalite : elle y est donc prédisposée. Le 9 juin, la fièvre est tombée, et le 11 juin, la petite malade part à la campagne ; pas d'albuminurie.

M^{me} D..., mère de la précédente, a eu en mai 1883 une scarlatine avec angine, suivie d'une abondante éruption d'herpès. Le 16 juin 1889, elle est prise de violents frissons avec fièvre, hyperesthésie et douleur pharyngée, qui redoublent le 17 juin : fièvre, hyperthermie, courbature dans les jambes, douleurs de reins, etc. L'amygdale gauche est seule prise. Pas d'adénopathie. La température reste oscillante entre 39°,5 et 40°,5. Le 18 juin, douleurs vives, quelques-unes des cryptes de l'amygdale droite s'enflamment et suppurent. La luette est intacte. Pas d'éruption sur les téguments. Pas d'albuminurie.

Huit à dix jours après, Léon D..., frère de la première malade, est pris à son tour de fièvre (39°), de douleur de gorge très légère : dépôts pultacés sur les amygdales, adénopathie ; rien à la luette. L'enfant guérit en 4 jours.

Dix jours plus tard, Cécile D..., âgée de 4 ans, se plaint de douleurs de gorge. Les deux amygdales sont semées de points blancs. Le jour du début, fièvre vive. Ici encore la période d'incubation est de 4 jours. L'angine tonsillaire reste localisée à l'amygdalé et guérit sans peine.

Enfin, dix jours après, Monsieur D..., qui avait vécu depuis 3 semaines dans ce milieu infectieux, éprouve au réveil tous les signes prémonitoires d'une angine aiguë, qui éclate 4 jours après sous forme d'amygdalite à points blancs.

OBSERVATION V

Le 1^{er} septembre 1889, M^{me} Ch..., demeurant rue de Rennes, est prise d'une amygdalite classique, analogue en tous points aux cas précédents. Pas d'albuminurie. Pas de scarlatine. Guérison le 10 septembre.

Le 20 septembre, la bonne de M^{me} Ch... est prise à son tour d'une amygdalite, sans albuminurie ; guérison également facile.

Le 1^{er} octobre, la fillette de M^{me} Ch... et sa cuisinière sont prises simultanément d'amygdalite qui guérissent en quelques jours.

OBSERVATION VI

Le 25 octobre, M^{me} D..., 9, Avenue de l'Observatoire, qui a été atteinte en 1885 d'angine diphtéritique, éprouve des douleurs dans l'arrière-gorge. Elle se regarde dans la glace et voit ses deux amygdales rouges, tuméfiées, parsemées de points blancs. Douleurs assez vives.

Le 28, amélioration. La malade cesse les irrigations d'eau de chaux, seul traitement employé par elle.

Le 2 novembre, 9 jours après, dans la soirée, son mari est pris de fièvres, de douleurs vives dans la gorge, qu'il attribue à un refroidissement.

Le 3, fièvre vive.

Le 4, je suis appelé et je constate une rougeur intense du pha-

rynx, une série de points blancs sur l'amygdale gauche. T. = 40°.

Antipyrine.

Le 5, atténuation. T. = 38°,5.

Le 6, guérison. Il n'y a pas eu d'albuminurie.

Le 11, son mari se sent fatigué, courbaturé. Le soir, légère douleur à la gorge ; déglutition difficile et douloureuse. C'est un alcoolique atteint de pharyngite glanduleuse chronique.

Le 22, fièvre, pas d'albuminurie. Rougeur et gonflement de l'amygdale gauche. Adénopathie sous-maxillaire et rétro-maxillaire.

Le 23, amélioration.

Le 24, guérison.

OBSERVATION VII (de M. Richardière).

Le 14 janvier 1894, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Landry, une jeune fille de dix-huit ans, du nom de M... Cette jeune fille était souffrante depuis deux ou trois jours. Elle se plaignait de malaise général avec inappétence et douleurs musculaires. Comme symptômes particuliers, elle accusait de la douleur de la gorge avec gêne de la déglutition. En fait, cette douleur de la gorge était due à l'existence d'une amygdalite double, plus marquée du côté gauche. La gorge était uniformément rouge. Les amygdales étaient très volumineuses, surtout la gauche. Elles étaient recouvertes d'un enduit pultacé, déposé par îlots de quelques millimètres d'étendue au niveau des cryptes amygdaliennes. L'exsudat pultacé était disposé en îlots et ne formait pas une nappe continue. Il se laissait détacher assez facilement. Plongés dans l'eau, les débris de l'exsudat se dissolvaient sans difficulté. Il ne pouvait donc être question d'une angine diphtérique, bien qu'il existât un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires.

D'autre part, l'absence d'éruption cutanée permettait de rejeter l'idée d'une angine scarlatineuse. Il ne s'agissait manifestement que d'une amygdalite simple. D'ailleurs, la malade avait déjà souffert deux fois d'un semblable mal de gorge et déclarait éprouver les mêmes symptômes que lors des deux atteintes antérieures.

Les symptômes généraux en rapport avec cette amygdalite avaient peu d'importance et n'attestaient pas une infection d'une grande gravité. Il y avait du malaise général, de la courbature, des signes d'embarras gastro-intestinal. La fièvre seule était assez intense. Le thermomètre marquait, le soir de l'entrée à l'hôpital, $39^{\circ},2$; le lendemain, $38^{\circ},6$ le matin, 39° le soir ; le surlendemain, 38° le matin, $38^{\circ},8$ le soir. Le quatrième jour, la défervescence s'effectuait : la température était $37^{\circ},2$ le matin, $37^{\circ},8$ le soir. A partir de ce jour, la température était normale.

A part cette élévation de la température, nous n'avons noté aucun autre symptôme important. Les urines n'ont pas été albumineuses. La rate n'a pas paru augmentée de volume. Le ventre n'a pas été ballonné. Il n'y a pas eu d'éruption.

L'évolution de cette amygdalite a été des plus simples. Au bout du quatrième jour, la température est redevenue normale. La douleur de gorge a disparu, en même temps que l'exsudat sébacé détaché par des lavages à l'eau boricuée à 20/1000 cessait de se reproduire et que les amygdales diminuaient de volume.

La convalescence n'a présenté aucun incident.

A la suite de l'admission de cette malade à la salle Saint-Landry, plusieurs cas d'amygdalite aiguë se déclarèrent dans la salle. Il se développa une véritable petite épidémie, qui paraît de nature à montrer le caractère contagieux de la maladie.

Quand la nommée M... entra à l'Hôtel-Dieu, il n'y avait pas de malades atteintes de maux de gorge dans la salle Saint-Landry et nous n'en avons pas observé depuis un mois et demi que nous dirigeons le service. La salle Saint-Landry de l'Hôtel-Dieu

annexe recrute ses malades au bureau central. La plupart des malades qui s'y trouvaient au mois de janvier 1891 étaient des femmes âgées, arrivées à une période de la vie où les amygdalites, maladies surtout observées dans l'enfance et dans la jeunesse, sont assez rares. La plupart de ces malades étaient atteintes de maladies chroniques.

Trois jours après l'entrée de la malade M..., *sa voisine de lit*, une femme de soixante-dix ans, à l'hôpital depuis plusieurs semaines pour une bronchite chronique avec emphysème, fut prise de fièvre vive avec abattement et sensation de courbature générale. Le lendemain, elle se plaignit de souffrir en avalant. Nous examinâmes la gorge et nous pûmes constater que la malade était atteinte d'une amygdalite double, dont le phénomène local le plus important consistait dans l'exagération du produit sébacé.

Ce cas d'amygdalite fut, comme le premier, exempt de toute complication. Seule, l'élévation de la température témoigna du caractère infectieux de la maladie. Au bout de quatre jours, la douleur de gorge disparut et la température redevint normale. La convalescence fut absolument normale.

La malade qui présenta cette amygdalite avait eu, à diverses reprises, dans sa jeunesse, des maux de gorge avec des symptômes analogues, disait-elle, à ceux dont elle souffrait en ce moment. Depuis de longues années, ces maux de gorge avaient cessé de se reproduire, et cette femme s'en croyait débarrassée d'une manière définitive.

Peu de jours après (huit jours après l'entrée de la malade M... et quatre jours après le début de la deuxième amygdalite), un troisième cas se déclara dans la salle, chez une malade couchée *presque immédiatement en face des deux autres*. Cette troisième malade âgée de quarante ans, n'avait jamais eu d'angine. Elle fut atteinte d'une amygdalite aiguë, caractérisée par de la fièvre, de la rougeur de la gorge, et de l'augmentation de volume des amy-

dales sans production d'exsudat sébacé. Dans ce cas, la maladie fut encore très bénigne et ne s'accompagna d'aucune complication. Pas plus que dans les cas précédents, il n'y eut d'albuminurie appréciable à l'examen des urines par la chaleur ou par l'acide nitrique. La maladie dura quelques jours et céda rapidement à des soins d'antisepsie buccale.

Presque en même temps, un quatrième cas éclata à l'extrémité de la salle, chez une jeune femme atteinte de goître exophtalmique et de tabès dorsal. Cette jeune femme avait déjà eu un mal de gorge avec fièvre quelques années auparavant. Dans ce quatrième cas, la maladie se caractérisa par de la rougeur de la gorge et de l'hypertrophie des amygdales. Elle s'accompagna d'un gonflement assez notable des ganglions sous-maxillaires. Ce quatrième cas d'amygdalite fut aussi bénin que les autres. On n'observa ni complication ni détermination viscérale autre que la détermination pharyngée.

Pour terminer le récit de cette petite épidémie, ajoutons qu'un élève du service, externe attaché à la salle Saint-Landry, qui suivait consciencieusement l'évolution de ces amygdalites, fut pris à son tour et au même moment d'une amygdalite légère, qui évolua dans l'espace de deux ou trois jours.

En résumé, nous voyons donc que dans une salle d'hôpital ne renfermant pas de malades atteintes de maux de gorge, l'entrée d'une malade atteinte d'amygdalite a été suivie dans l'espace de huit jours de l'apparition de quatre cas d'amygdalite, présentant presque les mêmes symptômes et presque la même évolution. Nous notons de plus cette particularité intéressante, que sur les quatre cas le premier a frappé la voisine de lit de la première malade; le deuxième, une malade couchée presque en face d'elle; le troisième, un étudiant en médecine qui soignait et étudiait ces malades.

OBSERVATION VIII

Une jeune domestique, chargée de la garde d'un enfant, est atteinte, pendant l'année 1889, au mois de novembre, d'une angine simple sans grande gravité, mais accompagnée d'une fièvre vive et de symptômes généraux assez sérieux. Comme il n'y avait pas d'éruption concomitante pouvant faire craindre une scarlatine, et que l'absence d'exsudat éloignait toute idée de diphtérie, l'isolement ne fut pas ordonné. Deux jours après, l'enfant, âgé d'un an, dont cette domestique avait la garde, fut pris d'amygdalite avec exsudat blanchâtre, qui nous fit craindre une angine diphthérique. La disparition rapide de l'exsudat éloigna rapidement ces craintes ; mais, quelques jours après, la mère et la grand'mère de l'enfant, qui l'avaient soigné et gardé avec elles pendant sa maladie, furent prises à leur tour. Elles eurent toutes deux des angines fébriles sans exsudat amygdalien.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

